

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 19

THÈSE

N° 969

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean NIBOUREL

Né le 8 Avril 1925

ASNIÈRES (Seine)

Présentée et soutenue publiquement

le 19.....

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA PRIMO-INFECTION
DE L'ADULTE JEUNE
TRAITÉE EN SANATORIUM**

Président : M. M. BARIETY, Professeur.

IMPRIMERIE A. CARY
3, RUE DU FOUR, 3
COLOMBES (SEINE)

1955

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : NIBOUREL
Prenoms : Jean, André, Camille.

Date de la soutenance :
Numéro d'ordre :

1.
NIBOUREL Jean, André, Camille.
Contribution à l'étude de la primo-
infection de l'adulte jeune traitée
en sanatorium.
Paris. Ed. Cary (Colombes)
1955, in 4° - 74 P.
(Th. med. (Et.)
Paris 1955 -
N°

3
NIBOUREL Jean, André, Camille.
Contribution à l'étude de la primo-
infection de l'adulte jeune traitée
en sanatorium.
Paris. Ed. Cary (Colombes)
1955, in 4° - 74 P.
(Th. med. (Et.)
Paris 1955 -
N°

2.
NIBOUREL Jean, André, Camille.
Contribution à l'étude de la primo-
infection de l'adulte jeune traitée
en sanatorium.
Paris. Ed. Cary (Colombes)
1955, in 4° - 74 P.
(Th. med. (Et.)
Paris 1955 -
N°

4
NIBOUREL Jean, André, Camille.
Contribution à l'étude de la primo-
infection de l'adulte jeune traitée
en sanatorium.
Paris. Ed. Cary (Colombes)
1955, in 4° - 74 P.
(Th. med. (Et.)
Paris 1955 -
N°



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547110_0052

FACULTE DE MEDECINE E PARIS

Année 1955

THESE

Nº

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(diplome d'état)

par

Jean NIBOUREL

né le 8 Avril 1925

Asnières (Seine)

Présentée et soutenue publiquement

le 1955

CONTRIBUTION A L ETUDE DE LA PRIMO-INFECTION DE L ADULTE JEUNE

TRAITEE EN SANATORIUM.

Président : M . M. B A R I E T Y , Professeur .

M. BAUDOUIN ,

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Brindeau, Cadenat, Carnot, Chabrol, Chevassu, Chiray ,
Clerc, Delbet, Gougenot(H.), Guillain, Harvier, Laubry, Lemaître,
Lemierre, Thermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mulon,
Olivier(E.), Oubédanne, Sannié, Sézary, Tanon.

DOYEN.....Léon BINET.

Membre de l'Institut.

ASSESEUR.....Jean VERNE.

I. - PROFESSEURS

Anatomie.....	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique.....	DELLARUE (A.)
Bactériologie.....	GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports CHAILLEY-BERT(P.)	
Biologie médicale.....	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale.....	HUGUENIN (R.)
Gynécologie.....	OBERLING (C.)
Chimie médicale.....	N.....
	Hôtel-Dieu.....PROCQ (P.)
Cliniques chirurgicales.....	Broussais.... DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
	Salpêtrière.....MONDOR (H.)
	Cochin.....QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique...	MERIE D'AUBIGNE (R.)
" de cardiologie.....	DONZELOT (E.)
" de chirurgie infantile et d'orthopédie.....	FEVRE (M.)
" de chirurgie pleuro-pulmonaire.....	MONOD (R.)
" de la tuberculose	BERNARD (E.)
" de neuro-chirurgie.....	PELLET-DUTAILLIS (D.)
" de puériculture.....	LELONG (M.)
" des maladies cutanées et syphilitiques.....	LEGOS (R.)
" des maladies du sang.....	CHEVALIER (P.)
" des maladies du système nerveux.....	ALAJOUANINE (T.)
" des maladies des enfants.....	DEBRE (R.)
" des maladies infectieuses.....	MOLLARET (P.)
" des maladies mentales et de l'encéphale.....	DELY (J.)
" gynécologique.....	FUNCK-BRENTANO (P.)
	Hôtel-Dieu.....BENARD (H.)
Cliniques médicales.....	Bichat.....LAROCHÉ (G.)
	Cochin.....MOREAU (R.)
	Broussais.....DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique.	JUSTIN-BESANCON(L.)
" médicale propédeutique.....	PASTEUR VALLERY-RADOT(L.)
" médico-sociale du diabète sucré et des maladies	
	de la nutrition.BOULIN (R.)

	Tarnier.....	LANTUEJOL (P.)
Cliniques obstétricales.....	Baudelocque.....	LEVY-SOLAL (E.)
	Fort-Royal.....	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique.....		VELTER (E.)
" oto-rhino-laryngologique.....		AUBIN (A.)
" physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)		RICHET (C.)
" psychiatrique infantile.....		HEUYER (C.)
" rhumatologique et sociale.....		COSTE (F.)
" stomatologique.....		DECHAUME (M.)
" thérapeutique chirurgicale.....		LEMAIRE (A.)
" urcologique.....		FEY (B.)
Embryologie.....		GIROUD (A.)
Génétique.....		LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		MOUQUIN (M.)
Histologie.....		CHAMPY (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance.....		CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive.....		JOANNON (C.)
Médecine du travail.....		DESOLLE (H.)
Médecine légale.....		PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale		GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale.....		MENEGAUX (G.)
Pathologie exotique.....		LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée.....		LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnelle).....		MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale.....		BARIETY (M.)
Pathologie et thérapeutique générales.....		GARCIN (J.)
Pédiatrie Sociale.....		MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale.....		HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (Chaire à titre personnel)...		DOGNON (A.)
Physiologie.....		BINET (L.)
Physique médicale.....		STROHL (A.)
Radiologie médicale.....		DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale.....		MOULONGUET (P.)
Thérapeutique.....		TURPIN (R.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

; MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES.

	MM.		MM.
Anatomie.....	DEBEYRE (J.)		HUGUENR (J.)
	DELMAS (A.) Pr.s.ch.		LAURENCE (G.)
	N...		LEGER (L.)
	GAUTHIER-VILLARS		LORTAT-JACO
Anatomie pathologique (Melle P.) Pr.s.ch.		Pathologie chi-	OLIVIER (Cl)
	BUSSER (F.)	rurgicale.	PADOVANI (P)
	GOUYGOU (C.)		POILLEUX (M)
Bactériologie.....	FASQUELLE (R.)		ROUX (M.)
	NEVOT (A.)		RUDLER (J.C)
Biologie médicale...	BOURLIERE (F.)		VERNE (J.M.)
	ETTORI (J.) Pr.s;ch.	Pathologie expé-	N.....
Chimie médicale.....	JAYLE (M.F.) Pr.s.ch.	rimentale.	BERNARD (J.)
	SCHAPIRA (G.)		BOUDIN (G.)
			CONTE (M.)

Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT(F.)	CASTAIGNE (P.)
		DECOURT (J.)
Histologie.....	BULLIARD H.Pr.s.ch.	DOMART (A.)
	COUJARD(R.)	DREYFUS (Gilb.)
Hydrologie.....	N.....	Pathologie mé- dicale
Hygiène	DEBRAY(C.)	FAUVERT (R.)
	BOYER(J.)	HAMBURGER (J.)
Médecine légale du	DEPARIS (M.)	KOURILSKY(R.)
travail.....	DEROBERT (L.)	LAMOTTE (M.)
Neurochirurgie.....	GAULTIER (M.)	LAROCHE (C.)
Neurologie.....	HADENGUE (A.)	MILLIEZ (P.)
	DAVID (M.)	PEQUIGNOT (H.)
	SEIZE(S.de)	PERRAULT (M.)
	GRASSET(J.)	RAMBERT(P.)
	LEPAGE(S.)	THIEFFRY(St.)
Obstétrique.....	MAYER(M.)	TURIAT. (J.)
	MERGER(R.)	Pédiatrie.....
	MORIN (P.)	JOSEPH(R.)
	RAVINA(J.)	LAPLANE(R.)
	VARANGOT (J.)	N.....
Ophthalmologie.....	OVERET(G.)	Pharmacolo- gie.
	DESVIGNES(P.)	LEVY(Melle)Pr.s.c.
Orthopédie.....	JUDET(R.)	CHEYMOL(J.H.Pr.s.c)
Oto-rhino-laryn- gologique	HALPHEN(E.)Pr.s.c.	BARGETON(Pr.s.ch.)
	AUERY (M.)	Physiologie
Parasitologie	MADURO(R.)	PARROT(J.L.)
	BRUMPT (L.)	Physique
Pathologie	CHABAUD(A.)	DEOURNO(A.Pr.s.ch.)
chirurgicale	ABOUKFER(P.)	médicale
	BAUMANN(J.)	GOUGEROT(L.)
	GOSSET(J.)	Pneumo-Phtisiologie
		KREIS(B.)
		Psychiatrie
		BARUK. (H.)
		Psychiatrie
		infantile .
		MICHANX (L.)
		Stomatologie
		CERNEA(P.)
		CHAPUT(Mme A.)
		Thérapeutique
		PERRAULT
		chargé de l'enseignement
		Urologie
		KUSS(R.)

PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES

RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens:

IM. BRINDEAU (A.)(Obstétrique), GATELLIER(J.)(Clinique chirurgicale),
LE LORIER (V.)(Obstétrique), VAUDESCAL(R.)(Obstétrique)

PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	AMELINE(A.)		
Clinique chirurgicale	PATEL(J.)	Clinique médicale	HAGENAU(P.)
	SICARD(A.)		MARCHAL (G.)
			SOULIE (E.)
Clinique médicale	BROUET(G.)	Clinique pbstétricale	ECALLE (G.)
	CACHERA(R.)	Clinique ophtalmologique	RENARD(G.)
		Clinique urologique	COUVELAIRE(R.)

MM.

Secrétaire général de l a Faculté.. MOREL (J.)
Secrétaire..... Melle CHAINTREUIL, (G.)

Conservateur, chargé de la direction....Docteur HAHN(A.)
Conservateur.....Melle GOICHON
Bibliothécaires.....Melles DUMAITRE(P.), LE NOIR(C.)
METIN(F,) QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté
que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présen-
tées, doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle
n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR M. BARIETY .

.....

Professeur de pathologie médicale.

Medecin de l'Hôtel-Dieu.

.....

En hommage respectueux et reconnaissant
pour sa grande bienveillance à notre
égard , et pour l'honneur qu'il a bien
voulu nous faire en acceptant la présidence
de cette Thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE MEDECIN CHEF DE LA MARINE

H. AUDOYE

.....

MEDECIN DIRECTEUR DU SANATORIUM

LES NEIGES

.....

En témoignage de profonde reconnaissance
pour l'aide et les conseils qu'il nous
a toujours prodigués.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

qui au cours des stages m'enseignèrent les bases de la médecine
et de la chirurgie.

AUX MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU SANATORIUM

qui nous ont fait profiter de leur expérience.
Qu'ils veuillent trouver ici le témoignage de notre gratitude.

A MA MERE

en témoignage de profond amour.

A MA FEMME

qui me seconde sans compter.

MEIS et AMICIS .

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA PRIMO-INFECTION DE L'ADULTE JEUNE

TRAITEE EN SANATORIUM.

Le 9 janvier 1954 , à la société française de la tuberculose, A.DUROUX rappelait au cours de la séance, la fréquence, la gravité de la primo-infection tuberculeuse chez le jeune soldat. La moitié des jeunes recrues ne réagissait pas aux tests tuberculiniques au moment de l'incorporation mais 12% de ces sujets viraient leur cuti-réaction dans les 6 mois ou l'année, dont 5% avec manifestations cliniques et radiologiques.

Au cours de la discussion qui suivit, divers auteurs : E.BERNARD , RIST, COURCOUX, PIERCHAUD, A.MEYER marquèrent leur étonnement d'une telle fréquence de la primo-infection de l'adulte jeune qu'ils ne rencontraient pas dans la pratique civile.

Notre Maître, le docteur H.AUDOYE , médecin directeur du sanatorium "LES NEIGES" réservé à la marine nationale, qui nous a suggéré ce travail, par ses constatations chez les jeunes marins soutenait le point de vue de DUROUX.

Il nous a paru intéressant de reprendre la question dans cet établissement où nous recevons des sujets déjà sélectionnés par les hôpitaux militaires et justiciables d'un traitement en milieu sanatorial.

Nous avons rassemblé cinquante dossiers, n'ayant voulu conserver que ceux dont le contexte clinique et radiologique à défaut de la notion certaine de virage de la cuti-réaction permettait d'affirmer la primo-infection. Cette notion certaine de virage de la cuti-réaction nous a été signalée dans 42 cas. Deux de nos malades avaient reçu l. e B.C.G.S. mais n'avaient pas à notre connaissance été soumis aux contrôles répétés que nécessite cette technique.

Il n'est évidemment pas dans nos intentions de redécouvrir dans ces quelques pages la primo-infection de l'adulte jeune qui n'est pas à démontrer puisque déjà en 1933 TROISIER et BARIETY faisaient état de plusieurs statistiques d'Europe et d'Amérique montrant la fréquence des réactions cutanées négatives à la tuberculine chez les jeunes adultes.

Nous voudrions seulement faire part de nos constatations au cours de l'étude d'une collectivité formée de militaires, et réalisée en milieu sanatorial.

LE RECRUTEMENT.

Nos conditions d'étude et celles des centres urbains de phthisiologie, sont évidemment différentes.

Les militaires qui nous parviennent forment assurément une catégorie homogène puisque dans la société, ils représentent un groupement dont les éléments ont été rassemblés en fonction de leur âge par l'appel sous les drapeaux.

Géographiquement, ces sujets viennent de différentes régions mais avec deux pôles principaux. L'ouest qui fournit le plus gros contingent puis la région méditerranéenne. Ces individus d'origine rurale ou côtière se trouvent alors brutalement transportés en un milieu différent et sont soumis à un brassage de population.

Les centres urbains au contraire étudient des sujets tirés d'une collectivité à laquelle ils sont adaptés et embrassent un éventail de maladies disparates tant par l'âge que par le genre de vie.

Le milieu rural a par ailleurs favorisé le recul de l'apparition de l'allergie et nos marins qui ont viré leur cuti et ont été dépités étaient souvent soumis à de pénibles épreuves physiques. C'est ainsi que nombre d'entre eux ont été trouvés porteurs de lésions soit sur les théâtres d'opérations soit à leur retour de ceux-ci dans la métropole.

Nous pensons qu'ils peuvent être alors considérés comme des transplantés, absolument pas préparés à lutter contre le nouveau milieu et de ce fait désarmés devant l'agression tuberculeuse.

Ces malades relevant de l'autorité militaire au moment de leur dépistage échappent aux centres urbains.

LA NOTION D'AGE PHTISIOGENE.

Nous notons pour nos malades un recul de l'âge phtisiogène. En effet, H. DELCOUR (thèse 1948) avait étudié dans ce même établissement alors réservé à des femmes et à des enfants, l'âge phtisiogène d'après un millier de dossiers embrassant une dizaine d'années. Il en était arrivé aux conclusions suivantes : l'âge phtisiogène semblait fixé vers 13 à 14 ans alors qu'il avait déjà noté un recul de l'âge de la primo-infection.

Or, pour notre part, sur nos cinquante malades, 22 (44%) ont fait une forme phtisiogène. De plus l'âge moyen de la primo-infection et celui de l'âge phtisiogène est sensiblement le même : 21 ans. Il nous semble difficile qu'il puisse en être autrement puisque le recrutement de ces sujets est justement effectué en fonction de cet âge.

Nous constatons qu'il y a un recul net de l'âge phtisiogène et de celui de la primo-infection.

A vant d'aborder l'étude clinique, nous soulignons dès maintenant que le pourcentage des formes graves est important mais n'oublions pas qu'un triage des malades a déjà été effectué par les hôpitaux militaires qui ne nous adressent pas la totalité des primo-infections banales dépistées.

ETUDE CLINIQUE.

Elle porte sur des sujets dont l'âge moyen comme nous l'avons déjà dit est de 21 ans avec pour chiffres extrêmes : 16 ans et 24 ans. Ce sont des hommes dont les valeurs moyennes de la taille et du poids sont respectivement de 1,67 m. pour 70 Kg. Ce sont généralement des individus solides, bien constitués.

LE DEBUT SYMPTOMATIQUE.

Sur les 50 dossiers, de primo-infection certaine, que nous avons retenus, 30 nous apportent une histoire clinique à début symptomatique. Nous avons alors distingué les primo-infections qui se sont accompagnées au départ :

- d'un simple fléchissement de l'état général : chute pondérale, asthénie, anorexie.....10%.
- de troubles fonctionnels associés à des signes généraux : toux, dyspnée, sueurs nocturnes, douleurs thoraciques...10%.
- d'un syndrome aigu fébrile : signes fonctionnels et généraux marqués, température élevée, expectoration plus ou moins abondante et purulente.....34%.
- d'une hémoptysie franche, associée dans un cas à un syndrome méningé discret.....8%.

Ces formes à début symptomatique représentent donc les 2/3 des cas de primo-infection que nous avons reçus au sanatorium en un peu plus d'un an et parmi ceux-ci les débuts aigus fébriles à symptomatologie bruyante pseudo-grippale, pseudo-typhique, pneumonique ou broncho-pneumonique ou pleurétique forment la moitié de nos observations. Ce lot est encore augmenté (70%) si nous y associons les débuts hémoptoïques.

PAR DEPISTAGE SYSTEMATIQUE.

Mes 16 autres malades dépistés ont été l'objet d'examens systématiques. Il est vraisemblable que pour un certain nombre d'entre eux le simple recul de cet examen, les aurait fait classer dans les primo-infections à début symptomatique puisque peu de temps après leur dépistage radiologique, quelques jours seulement dans certains cas, nous avons relevé l'apparition ou d'un net fléchissement de l'état général ou de troubles fonctionnels ou de toux d'ailleurs quinteuse accompagnée d'expectoration.

Cette toux paroxystique, nous l'avons retrouvée dans certaines observations s'accompagnant ou non de crachats hémoptoïques visqueux d'abondance variable. Elle a attiré notre attention vers l'arbre bronchique au niveau duquel nous avons découvert des aspects de bronchite segmentaire ou de furoncle ou de fistule.

Nous verrons que nos primo-infections ont eu fréquemment un épisode ganglionnaire.

Il n'y a eu à vrai dire que 11 sujets qui n'ont jamais eu de manifestations curiées.

LES MANIFESTATIONS RADIOLOGIQUES

LES ADÉNOPATHIES.

Leur fréquence chez l'adulte est très diversement appréciée. Il est classique de reconnaître leur rareté et 10% des cas semblent le maximum pour certains auteurs. Quelques uns vont jusqu'à dire qu'elles sont exceptionnelles chez le sujet normal et ne se voient que chez les individus débilités, surmenés, transplantés.

DUROUX et ses collaborateurs, dans leur travail reposant sur l'étude de 243 primo-infections dans l'armée, arrivent à une conclusion opposée. Pour eux l'adénopathie médiastinale est constante dans presque toutes les formes sévères et elle constitue un élément fondamental du

diagnostic pour rattacher à la primo-infection des manifestations de dissémination.

Dans les autres formes, ils retrouvent très souvent les images ganglionnaires soit sur simple standard soit sur tomographies.

Ici encore, nous pouvons penser que DJROUX reçoit des surmenés, des transplantés dont parlent les classiques.

Pour notre part, nous avons pu constater chez nos marins qui ont été souvent soumis à une rude existence :

- 20% d'observations sans images ganglionnaires.
- 4% où nous n'avons aucune certitude.
- restent donc 76% où nous avons trouvé en toute certitude des adénopathies, ne tenant compte que des coupes tomographiques passées par les hies pour affirmer leur existence.

Pour étudier leur localisation aux différents groupes ganglionnaires nous repris la description de ROUVIERE.

Il distingue en quatre groupes principaux les ganglions vicé-
raux du thorax.

- 1° les ganglions médiastinaux antérieurs ou pré-vasculaires qui constituent 3 chaînes.
 - a/ pré veineuse droite, allant du diaphragme à la base du cou
 - b/ pré artérielle gauche, s'étendant du pédicule pulmonaire gauche jusqu'au cou en avant de la crosse aortique.
 - c/ antérieure; transversale, unissant les deux précédentes.
- 2° les ganglions médiastinaux postérieurs côtoyant l'oesophage et l'aorte thoracique?
- 3° les ganglions péri trachéo-bronchiques séparés en trois groupes secondaires.
 - a/ ganglions des pédicules pulmonaires siégeant à l'origine des bronches, à la face médiastinale du poumon.

b/ ganglions inter-trachéo-bronchiques, au nombre de 3 à 5 situés dans la bifurcation trachéale.

c/ ganglions péri-trachéaux qui forment eux-mêmes 3 groupes.

1/ chaîne latérotachénale droite dans la loge de Barety.

Le ganglion le plus volumineux à l'extrémité inférieure, dit de l'azygos, draine finalement presque tout le poumon droit.

2/ chaîne récurrentielle gauche accolée au récurrent.

3/ les ganglions rétro-trachéaux rares, petits relient les 2 chaînes précédentes.

4° Enfin les ganglions intra pulmonaires qui occupent les angles de division de la bronche. Il en existe toujours un dans les angles de séparation des pédicules broncho-vasculaires de 2 lobes voisins. A ces ganglions inter lobaires s'ajoutent les ganglions lobaires placés dans le premier angle de division des bronches lobaires.

On rattache aux ganglions intra pulmonaires, les ganglions dits sous-pleuraux.

En fonction de cette distinction anatomique et d'après nos observations ce sont les ganglions du pédicule pulmonaire gauche qui sont les plus souvent intéressés (32% des localisations).

Par ordre de fréquence, c'est le même groupe à droite qui suit (16%) soit moitié moins et leur association chez un même sujet se retrouve dans 20% des cas.

Les autres localisations sont plus rares puisque nous relevons

4% pour le ganglion de l'azygos

2% pour la chaîne pré-artérielle gauche

2% pour le groupe inter-trachéo-bronchique, ce qui nous paraît faible d'après ce que nous avons pu constater par les examens broncoscopiques. Il faut croire que les coupes tomographiques

l'explorent moins facilement étant donné sa situation anatomique.

Nous atteignons donc avec 76% d'adénopathies un pourcentage qui surprendrait les classiques mais nous avons 44% de primo-infections très sévères.

GAL....Guy Obs.n°9.

19 ans

Notion de virage de cuti.

Quadriplégie d'origine X dans les antécédents.

On découvre : une adénopathie médiastinale inter-bronchique accompagnée d'images nodulaires floues groupées, de la région moyenne droite, et quelques nodules apicaux de ce côté.

Par ailleurs, opacité ronde de faible densité, se projetant dans les régions sous-claviculaires externes, et para-hilaire supérieure gauche.

Possibilité d'image ganglionnaire juxta-aortique.

L.C.R. normal.

Le malade a reçu en 5 mois de traitement par les antibiotiques associés à un pneumo-péritoino:

Strepto 60 gr.

P.A.S. 1800 gr.

I.N.H. 30 gr.

A amélioration radiologique très importante.

Bacilloscopies négatives.

Après un séjour de 9 I/2 mois, sortie avec :

Image thoracique pratiquement normale,

Bacilloscopie négatives ,

V.S. normale, Poids stable.

FAR.....Roger Obs.n°13

19 ans.

Notion de virage de cuti. Allergie +++.

Antécédents banaux.

Début aigu fébrile.

Sur la radio: Hyperplasie hilare bilatérale avec image de péri-adénite. Elle se prolonge à gauche dans le lobe supérieur par une condensation en éventail sus-scissurale. Ces images sont confirmées par le rofil et les tomographies.

Bacilloscopies positives.

A la bronchoscopie: on note un rétrécissement de la bronche souche gauche, et à un examen ultérieur du caséum dans le rameau du segment antérieur de la lobaire supérieure gauche.

Il n'y avait pas eu de recherche de signes de dissémination.

Après cinq mois de traitement, par les antibiotiques associés aux aérosols de P.A.S.: le malade a reçu :

Strepto 60 gr.

P.A.S. 1800 gr.

I.N.H. 30 gr.

Amélioration radiologique très importante, surtout des images parenchymateuses qui s'étaient temporairement aggravées jusqu'au rejet d'un bloc de caséum.

A la sortie, après 9 mois de séjour :

Persistance d'une image ganglionnaire au hile gauche, et d'une scissure visible.

Bacilloscopies négatives.

V.S. descendue de 14 à 6.

Gain pondéral de 1 Kg.

KER.....Jean Obs. n°21

20 ans.

Notion de virage de cuti.

Antécédents banaux.

Découverte de dépistage systématique.

A la radio : Adénopathie hilare bilatérale importante, s'accompagnant à droite, à la partie moyenne du champ, d'une plage d'images nodulaires plus ou moins confluentes, et à gauche d'un sinus émoussé. Sur les tomos à droite :

Volumineux ganglions au hile à 14 cm. entre lobaire moyenne et lobaire inférieure. Sur le profil : atteinte du segment antérieur du lobe supérieur droit, étendue.

En bronchoscopie: Irrégularité et saillie de la muqueuse bronchique dans le rameau inféro-externe de la lobaire supérieure droite.

Bacilloscopies négatives.

Il n'y avait pas eu de recherche de signes de dissémination.

A près 10 semaines de traitement par: aérosols quotidiens de P.A.S. et I.N.H.

Après un très court traitement par : Strepto P.A.S., I.N.H.,
Important nettoyage, mais persistance de quelques macro-nodules dans le lobe supérieur.

Après un séjour de 6 mois, à la sortie :

Bacilloscopies négatives.

Aspect bronchique inchangé.

nettoyage radiologique subtotal, par suite de la persistance de quelques nodules juxta-scissuraux, de bon aloi.

V.S. passée de I3 à I9, après descente à 5.

Chute pondérale de 3 Kg.

HER....Claude Obs.n° 61

I7 ans.

B.C.G.S. 4 ans avant le dépistage systématique.

Il nous est signalé une notion de virage récent, de la cuti, mais il n'est pas fait mention de contrôle le précédent.

A la radio : Opacité apicale interne droite. Cette image ovale importante para-trachéale droite est interprétée comme un ganglion de l'azygos.

Images réticulo-nodulaires du lobe supérieur droit.

Les tomographies confirment ces images.

Il n'y avait pas eu de recherche de signes de dissémination.

Bacilloscopies positives.

Avec un recul de 3 mois, et après un début de traitement par le P.A.S. et la Strepto, l'image ganglionnaire donne l'impression d'une coque pénétrée à son pôle inférieur, par un conduit.

En bronchoscopie: Déformation par attraction segmentaire apico-dorsale de la lobaire supérieure droite. Calibre sans doute modifié mais :

Le lipiodol est normal.

En 20 semaines de traitement, le malade a reçu : Strepto 60gr.
P.A.S. 1800gr.
I.N.H. 30gr.

Amélioration.

Après six mois de séjour, à la sortie:

Bacilloscopies négatives.

Nettoyage parenchymateux total.

Rétraction de l'image ganglionnaire qui semble calcifiée, mais son important volume appelle des réserves pour l'avenir.

V.S. stabilisée à 7.

Gain pondéral de 1 Kg.

LES OMBRES PARENCHYMATEUSES,

Nous avons repris pour la classification des images la distinction bien connue en :

- OMBRES HOMOGENES , plus ou moins denses, bien limitées surtout lobaires ou segmentaires éviquant un processus de compression avec obstruction bronchique plus ou moins complète ou bien un oedeme important.

7 cas entrent dans cette catégorie, intéressant les lobe moyen et supérieur gauche. Ceci semble correspondre aux groupes ganglionnaires les plus souvent touchés.

- OMBRES TACHETÉES, d'aspect miliaire ou nodulaire, à contours flous mais à topographie localisée, lobaire le plus souvent mais s'étendant parfois à d'autres portions du poumon. Cet aspect évoque le plus souvent l'ensemencement par fistulisation. Par sa distribution cette miliaire bronchogène diffère nettement de celle d'origine hématogène.

Ces ombres tachetées sont pour nous particulièrement fréquentes puisque nous les retrouvons sur plus de la moitié des clichés observés. Elles traduisent déjà une forme sérieuse et se sont accompagnées de réactions pleurales (6 fois) et cavernes (2 fois). Nous les voyons associées à d'autres aspects radiologiques sur 9 clichés.

- OMBRES POMMELEES, réalisant de véritables broncho-pneumonies lobaires ou pseudo-lobaires dues le plus souvent à un ensemencement massif et au sein desquelles, il n'est pas rare que les tomographies objectivent des cavernes, 12 clichés ont été rangés sous cette étiquette et 10 d'entre eux avaient une image de fonte, l'atteinte étant bilatérale, presque symétrique sur l'un d'eux.

- OMBRES TRABECULAIRES, hilifuges vers un territoire limité et 7 fois sur 9 associées à d'autres aspects. C'est la "hilite" des anciens auteurs.

- COMPLEXE de primo-infection. Nous avons 3 de ces images et l'une d'elles reconnue telle d'ailleurs après l'intervention chirurgicale.

Ainsi donc les images le plus souvent retrouvées font penser à une participation ganglionnaire. Les aspects sont souvent mixtes, réalisés par des ombres différentes.

40% des sujets ont une atteinte bilatérale, 46% une localisation à gauche et 14% à droite.

Nous rejoignons ici l'ordre de fréquence d'atteinte des groupes ganglionnaires.

22 ans.

Notion de virage de cuti.

Pas d'antécédents notables.

Découverte de dépistage systématique coïncidant avec un léger fléchissement de l'état général.

A la radio: Hyperplasie du hile gauche prolongée par une opacité triangulaire dense de la région moyenne du poumon gauche. Le profil situe cette condensation dans le lobe du fowler.

A la bronchoscopie, on note: une image de fistule et une compression de la Nelson avec hypo-ventilation du fowler.

Exudat sphéroïde blanc au fond d'oeil gauche.

Bacilloscopies positives.

En 5 mois de traitement par les antibiotiques, le malade a reçu:

Strepto	60 gr.
---------	--------

P.A.S.	1800 gr.
--------	----------

I.N.H.	30 gr.
--------	--------

Amélioration radiologique très importante: Disparition presque complète des lésions de départ, mais: les tomos peuvent faire suspecter des D.D.B., ce que confirme le lipiodol sur lequel on note: l'amorce de quelques petits nids de pigeon, un pincement transversal de l'extrémité inférieure de la trachée. Cette dernière anomalie est à rapprocher de l'image ovale juste en avant de la bifurcation des bronches gauches, notée sur les tomos sagittales. Après un séjour de 6 mois, à la sortie: Bacilloscopies négatives.

Aspect radiologique comme précédemment.

Pas de contrôle bronchoscopique, le malade l'ayant refusé.

V.S. à 4.

Gain pondéral de 10 Kg.

SAV.....Pierre Obs. n° 8

21 ans.

Notion de virage de cuti.

Découverte de dépistage systématique pré-opératoire, coïncidant avec quelques signes généraux.

A la radio: Images bilatérales d'aspect broncho-pneumonique des deux sommets, sur un fond d'éléments micro-nodulaires, des deux plages pulmonaires.

Les tomos précisent en outre, une cavité sous-claviculaire droite d'importantes adénopathies bilatérales inter-bronchiques surtout manifestes à droite.

A la bronchoscopie: épaissement et congestion de l'éperon de la lobaire supérieure droite.

F.O.; L.C.R. normaux.

Traitement d'attaque par : P.A.S. + I.N.H. en perfusion intraveineuse, et en aérosols.

Par la suite, apparition de petites fistules sur les deux versants de l'éperon trachéal et bronchite diffuse.

Le traitement est poursuivi pendant 15 semaines par :

Strepto	45 gr.
---------	--------

P.A.S.	1350 gr.
--------	----------

I.N.H.	22,5gr.
--------	---------

On constate alors :

Nettoyage quasi-total, seule persiste une hyperplasie du hile droit.

Après un séjour de 9 mois.:

Bacilloscopies négatives.

Image radiologique pratiquement normale.

V.S. à 3.

Chute pondérale de 2 Kg.

GIM.....Alphonse

Obs. n°35

22 ans.

Notion de virage de cuti. Allergie ++.

Antécédents banaux.

Début symptomatique avec troubles fonctionnels et réaction pleurale discrète gauche.

A la radio : Opacité hilare, caverne du fowler gauche et flou cotonneux de la base gauche.

Bronchite diffuse de l'arbre gauche.

Bacilloscopies positives.

Il n'y avait pas eu de recherche de signes de dissémination.

Début de traitement par : Strepto + I.N.H. encadrant :

la création d'un P.N.O. gauche total
d'emblée, donnant une bonne rétraction
de la zone lésionnelle et la dispari-
tion de la caverne.

V.S. passée de 80 à 6.

Poids stable.

Départ disciplinaire après 2 mois de séjour.

SQU.....André

Obs. n°25

19 ans.

Notion de virage de cuti.

Antécédents banaux.

Début symptomatique avec signes généraux et troubles fonctionnels.

A la radio d'une part: Une infiltration dense, limitée, excavée
du lobe supérieur droit,

d'autre part: des foyers d'opacités trabéculo-nodulaires,

étagées à prédominance sous-claviculaire et para-hilaire gauche, et descendant jusque la pointe de l'ombre cardiaque.

On retrouve en tomos une adénopathie trachéo-bronchique gauche, et une atteinte de la lingula.

Aspect de bronchite diffuse de l'arbre gauche avec sténose au niveau de la lobaire supérieure gauche, à l'éperon, où l'on note un orifice de fistule.

Bacilloscopies positives.

Il n'y avait pas eu de recherche de signes de dissémination.

Après abandon d'un P.P., création d'un P.N.O. droit completé.

Après 12 semaines de traitement par les antibiotiques :

nette amélioration, d'où reprise pendant 12 autres semaines.

Le malade a donc reçu :	Strepto	72 gr.
	F.A.S.	2160 gr.
	I.N.H.	36 gr.

Après un séjour de 14 mois ;

Amélioration importante : à droite sous P.N.O. sec, aspect stabilisé,

A gauche, nodules denses, de bon aspect dans le fowler.

V.S. normale.

Gain pondéral de 7 Kg.

MAL....Lucien Obs. n°4.

21 ans.

Pas d'antécédents notables.

Pas de notion de virage de cuti, l'allergie antérieure n'ayant jamais été recherchée.

Découverte de dépistage systématique, sans aucun cortège clinique.

A la radio: Opacité hilare bilatérale avec images réticulo-nodulaires en dégradé vers les deux bases.

Les tomos des hiles montrent des ganglions inter-bronchiques avec aspect de péri-adénite. En outre, dans la pyramide basale à 7cm., image qui a été interprétée comme chancre de primo-infection.

En bronchoscopie: inflammation diffuse légère. A gauche petit suintement sanglant avant tout contact instrumental, au niveau d'une zone circonscrite sur la moitié interne de la bronche souche. Déformation et déviation de la lobaire supérieure qui est descendue.

Bacilloscopies positives.

Il n'y avait pas eu de recherche de signes de dissémination.

Après 5 mois de traitement par les antibiotiques, le malade a

reçu :	Strepto	60 gr.
	P.A.S.	1800 gr.
	I.N.H.	30 gr.

Après 8 mois de séjour :

Bacilloscopies négatives.

Amélioration radiologique: Nettoyage des images parenchymateuses, légère régression bilatérale des ombres ganglio-hilaires, mais le petit nodule de la pyramide basale est inchangé.

V.S. normale.

Il n'y a pas eu de contrôle bronchoscopique, le malade étant sorti prématurément par mesure disciplinaire.

LES OMBRES PLEURALES.

Chez 13 sujets nous avons noté l'association d'images pleurales aux ombres parenchymateuses. Elles se présentent de la façon suivante :

- ombre de pleurésie franche, traduisant le début clinique apparent de la primo-infection. L'une était de grande abondance, les autres plus discrètes. Elles siègent surtout à droite.
- discrète opacité pleurale d'une réaction fugace accompagnant le début de la maladie.
- épaississements pleuraux, sinus comblés, rectitude de la coupole ont été notés dans 14% des dossiers.

Ce sont des atteintes silencieuses, découvertes radiologiques, témoins de manifestations passées inaperçues. On peut donc dire que ces réactions pleurales plus ou moins importantes peuvent succéder à une primo-infection patente et en constituer alors le second acte ou bien être la première manifestation. Mais, la souffrance pleurale peut être latente et ne se traduire que par un état séquellaire, découverte radiologique fortuite. C'est un premier pas plus ou moins éloquent vers la phtisie.

POL....Yves Obs. N°36.

20 ans.

Notion de virage de cuti.

Début symptomatique.

A la radio: condensation sus-scissurale du segment postérieure du lobe supérieur gauche, excavée en tomos. Par la suite, réaction pleurale de la base gauche et apparition d'un petit nodule du segment antérieur du lobe supérieur gauche.

5
Bacilloscopies positives.

Arbre bronchique normal, mais le lipiodol tenté n'injecte pas le segment antérieur, qui peut être le siège de D.D.B.

Pendant son séjour de 9 mois le malade reçoit: Strepto 48 gr.

F.A.S. 1440 gr.

I.N.H. 24 gr.

On tente sans succès un P.N.O. gauche.

Plusieurs bacilloscopies étant positives, on propose une exérèse. Le malade sort sur sa demande.

LES CAVERNES.

L'évolution vers la phtisie s'est manifestée chez 13 sujets par une ulcération apparue sur des formes broncho-pneumoniques et 5 formes nodulaires ou miliaires bronchogènes. De la caverne sur la cliché standard à la petite ulcération décelée en tomographie nous avons rencontré les différents types. Elles siègent surtout dans les sommets au niveau des lobes de Fowler.

Nous n'avons qu'un seul cas de caverne primaire dont nous soyons certains: il s'est agi d'un chancre ulcéré de la base gauche. Le complexe ganglio-pulmonaire ayant été vérifié à l'intervention.

Nous avons trouvé 2 cas avec images cavitaires à type d'emphysème bulleux, dont un où elles étaient particulièrement importantes. Et nous avons eu la chance de découvrir une caverne ganglionnaire ouverte dans la trachée et siégeant sur son bord droit.

Injectée par voie endo-trachéale, elle se dessinait très nettement sur les coupes tomographiques.

OUN.....Ali.

Obs.N°49.

21 ans.

Notion de virage de cuti.

Antécédents banaux.

Début symptomatique par signes généraux, et troubles fonctionnels.

A la radio: lésions des deux sommets sous formes de plages infiltratives, poly-ulcérées, surtout à gauche.

Les tomos confirment le standard, en montrant des images d'aspect bulleux et laissent suspecter des malformations bronchiques.

Bacilloscopies positives.

Le malade est traité par: P.P.+ aérosols, cocktail d'antibiotiques intra-veineux, et reçoit :

Strepto 60 gr.

P.A.S. 900 gr.

I.N.H. 15 gr.

Après ce traitement :

Nettoyage important, mais nombreux reliquats caviatires, surtout à gauche. Le lipiodol montre d'importantes D.D.B., moniliiformes en bouquets, au niveau du lobe supérieur gauche qui se rétracte en fermant l'éventail. Au niveau du lobe inférieur gauche, dilatations intéressant les segments antérieur et externes.

Coudure nette de la lobaire inférieure gauche à son point de départ hilair. Après 12 mois de séjour au sanatorium :

Bacilloscopies négatives.

Nœuds résiduels du côté droit, persistance d'une caverne avec bronche de drainage au sommet de gauche.

V.S. passée de 30 à 5.

Gain pondéral de 16 kg.

Reprise d'un traitement par les antibiotiques. A suivre.....

LES SIGNES BACTERIOLOGIQUES.

Devant ces découvertes radiologiques accompagnées ou non d'un cortège de signes cliniques, chez des sujets dont bien souvent il avait possible de connaître le virage de la cuti-réaction (84% des cas), il va de soit que la confirmation bactériologique ait été attendue.

7 sujets n'ont jamais fourni la preuve bactériologique de leur tuberculose. Les autres ont émis des bacilles de Koch qui ont été identifiés soit après inoculation au cobaye, soit après lavage bronchique, soit après tubage.

Les bacilles ont été retrouvés au sein des lésions parenchymateuses des pièces d'exérèse mais ils étaient absents dans le prélèvement effectué sur le ganglion retiré au cours d'une des interventions.

37, ont été des cracheurs de B.K. et parmi eux 16% avaient une expectoration particulièrement bacillifère. Chiffres encore une fois importants mais nous avons beaucoup de formes graves.

LA VITESSE DE SEDIMENTATION.

Au dépistage, la vitesse de sédimentation sur tubes inclinés (méthode de Fuente-Hita) est en moyenne de 13 avec pour valeurs extrêmes 3 et 48. Les chiffres voisins de cette dernière valeur sont surtout le fait de débuts à manifestations pleurales. Les valeurs intermédiaires de 20-25 ne sont pas rares dans les formes sévères broncho-pneumoniques avec parfois une discrète participation pleurale.

LA CUTI-REACTION.

A l'exclusion d'un seul sujet qui a sans doute été dépisté au tout début de son virage de cuti, puisque seule son intradermo-réaction a été positive, tous les autres ont eu des manifestations d'allergie cutanée franches dont 6 étaient phlycténulaires

EVOLUTION.

- SIMPLE VERS LA GUERISON.

5 malades dont la primo-infection avait nécessité le placement en milieu sanatorial mais qui n'ont jamais présenté de complications, ont évolué vers la guérison en un séjour moyen de 9 mois dans notre établissement.

Ils avaient été soumis à un traitement par les 3 antibiotiques : P.A.S.; Streptomycine, I.N.H. pendant 20 semaines. Nous les avons renvoyés dans leurs foyers, devant les bacilloscopies constamment négatives, les images thoraciques pratiquement normales ou satisfaisantes, les gains de poids de plusieurs kilogrammes, les vitesses de sédimentation revenues à la normale.

- EMALLEE DE COMPLICATIONS.

90% des malades ont présenté une complication à leur tableau de primo-infection.

BRONCHIQUES.

Ce sont incontestablement les plus fréquentes.

Cliniquement, elles se traduisent par une toux quinteuse paroxystique, d'apparition soudaine bien souvent. Cette toux s'accompagne la plupart du temps d'une expectoration muqueuse ou muco-purulente visqueuse parfois striée de sang.

Mais nous avons un certain nombre de malades porteurs de lésions manifestes à l'examen bronchoscopique qui n'ont jamais vu leur silence clinique perturbé. Dans d'autres cas, c'est l'expectoration seule qui n'a pas été modifiée.

Signes bronchoscopiques :

nous avons distingué :

- les bronchites diffuses (19 cas) ou segmentaires.

La muqueuse est plus ou moins rouge, congestive. Cette lésion est celle la plus souvent notée car si elle se rencontre seule elle accompagne aussi presque toujours les autres.

- Les perforations (15 cas) sont sous 3 aspects.

Au stade précédant la perforation vraie, on trouve un nodule de la paroi bronchique, saillie rougeâtre reposant sur un placard parfois hémorragique au moindre contact et surmonté à l'occasion d'une saillie blanchâtre.

Lorsque la perforation est constituée, c'est une ulcération de la paroi que l'on voit laissant sourdre du pus.

Enfin le dernier aspect est celui de cratère congestif mais sec. Ces fistules intéressant surtout les bifurcations bronchiques gauche et l'éperon trachéal principalement sur son versant gauche. Ceci nous permet de rappeler que les coupes tomographiques n'ont sans doute pas toujours exploré de façon satisfaisante le groupe ganglionnaire de la bifurcation trachéale.

- L'oedème (5 cas) associé à des degrés divers à la bronchite est moins fréquent mais par contre, il nous a été donné de rencontrer un plus grand nombre de

- sténoses partielles ou totales, inflammatoires (9 cas) ou bien

- la sténose par compression extrinsèque (8 cas) entraînant une diminution de la ventilation, une déformation des orifices bronchiques par modelage de la paroi.

C'est à des degrés divers que nous avons retrouvé associés des lésions inflammatoires, oedémateuses, ces perforations ces déformations.

Nous n'avons que 14% de malades dont l'arbre bronchique était normal. Faut-il encore une conséquence de notre recrutement ? Nous le pensons.

Traduction radiologique.

Ces lésions bronchiques se sont traduites par les images que nous avons mentionnées sous les étiquettes d'ombres pommelées réalisant un tableau de broncho-pneumonie, d'ombres tachetées donnant des miliaires-bronchogènes ou des semis-nodulaires.

Plus rarement l'expression radiologique a été une ombre homogène traduisant un trouble de ventilation par compression.

Signes bactériologiques.

L'expectoration n'a pas été augmentée de façon constante par ces lésions bronchiques. Les bacilloscopies ont surtout gardé une positivité persistante sans toutefois une émission importante de bacilles.

Nous avons même 6 sujets dont les bacilloscopies sont demeurées constamment négatives. Chez la majorité des autres les B.K. pas abondants. Au cours de bronchites diffuses étendues et de fistulisations, quelques fois les bacilles furent incomptables par leur abondance.

- Séquelles bronchiques.

Nous n'avons retrouvé comme séquelles de ces manifestations ganglio-bronchiques que des dilatations des bronches sans signes de surinfection.

Elles ont été mises en évidence par des examens lipiodolés.

Elles se traduisent par les images moriliformes ou en nid de pigeon classiques. Dans chaque cas; il existait une adénopathie correspondant au territoire touché et accolé à la bronche malade.

EYC...Guy Obs. N°39.

21 ans.

Notion de virage de cuti. Allergie +++.

Antécédents banaux.

Avait reçu dans l'enfance B.C.G. sans contrôle ultérieur.

Début symptomatique, fléchissement de l'état général.

A la radio : grosse masse para-trachéale gauche, se prolongeant par une infiltration diffuse, réticulo-micro-nodulaire du sommet. Radiographies positives.

Il n'y avait pas eu de recherche de signes de dissémination.

Épave bronchite au niveau du lobe supérieur gauche.

Pas d'image absolument nette de ganglion ou tomographie.

Le malade a reçu : Strepto 30 gr.

P.A.S. 270 gr.

Après un séjour de 11 mois:

Radioscopies négatives.

Amélioration très importante, aspect sensiblement normal.

V.S. normale.

Gain pondéral de 5Kg.

BAG.....Raymond Obs. N° 32.

19 ans.

Notion de virage récent de cuti.

Antécédents banaux.

Début symptomatique bruyant.

A la radio : image de bronchopneumonie sur un fond micro-nodulaire en dégradé vers les bases, mais ce dernier aspect est accentué dans les régions axillaires, et surmonté d'images cavitaires des deux sommets.

Les tomographies confirment ces lésions.

Bacilloscopies positives.

En bronchoscopie : a gauche, inflammation diffuse de l'arbre bronchique.

A droite, aspect de furoncle à sommet blanc sur un orifice segmentaire de la lobaire supérieure.

F.O. semis de points blancs à gauches, et papilles à bords flous

Le malade est d'abord mis à 10 semaines de P.A.S.+Strepto+I.N.H.
avec P.P. :

amélioration importante, mais persistance
d'images claires, d'où reprise des antibiotiques pendant 22 semaines.

Le malade a reçu : Strepto 115 gr.

P.A.S. 2100 gr.

I.N.H. 55 gr.

À la sortie :

Bacilloscopies négatives.

Quelques discrètes images nodulaires conglomérées au sommet.

Arbre bronchique normal.

V.S. normale.

Poids stable.

Séjour de 12 mois.

SAV.....Jean Obs. n°42.

22 ans.

Notion du virage très récent de cuti. ALLergie +++.

Début grippal, 20 jours après la cuti négative.

A la radio : gros hile gauche avec couronne de travées épaissies.

Sur les tomos: rétrécissement de la bronche, souche gauche.

Bacilloscopies positives; toux et expectoration muco-purulente importante.

A la bronchoscopie : sur la bronche souche gauche, en regard de l'orifice de la lobaire supérieure gauche, placard hémorragique, et fistule ganglionnaire à l'orifice de cette bronche.

On entreprend un traitement par les antibiotiques, au cours duquel on note une poussée évolutive avec dissémination micro-nodulaire. Le hile gauche s'est hypertrophié, et on note un balancement médiastinal respiratoire à la scopie, traduisant une sténose de la bronche souche gauche.

A une bronchoscopie ultérieure, aspect inflammatoire franc de la bronche souche avec deux formations en saillie, granulomateuses. La bronche est rétrécie, mais non complètement sténosée.

Le lipiodol traduit nettement ce rétrécissement.

Ce n'est qu'après 20 semaines de traitement intra-veineux, par les antibiotiques que l'on note une nette amélioration bronchoscopique et, radiologique.

Le malade a reçu :	Strepto	60 gr.
	P.A.S.	1185 gr.
	I.N.H.	13,75gr.

Après 16 mois de séjour au sanatorium, à la sortie :

Bacilloscopie négatives.

PERSISTANCE D'UNE IMAGE GANGLIONNAIRE.

V.S. passée de 39 à 7.

Gain pondéral de 5 Kg.

Arbre bronchique redevenu normal.

LAI.....Hubert Obs. n°18.

24 ans.

Pas de notion de virage de cuti. Allergie ++.

Antécédents banaux.

Début par un épisode pulmonaire aigu fébrile.

A la radio: au niveau du lobe supérieur droit, condensation hétérogène en plage avec nodules plus ou moins confluents.

Condensation d'aspect segmentaire à projection para-cardiaque au niveau de la base. A gauche, image de nébuleuse se projetant à la pointe du coeur.

Toux et expectoration importantes, muco-purulente.

Bacilloscopies positives.

En cours de bronchoscopies, on découvre deux points: un infundibulum latéro-trachéal droit avec pus à 5 cm. au dessus de l'éperon. Après aspiration, mise en place d'un crinotube à l'orifice de cet infundibulum, et par lequel on injecte du lipiodol fluide jusqu'à reflux.

Les tomos montrent alors une fistule reliant la trachée et la caverne ganglionnaire. Sur les tomographies sans préparation on notait déjà un volumineux ganglion de l'azygos.

Il n'y avait pas eu de recherche de signes de dissémination.

Après un traitement de 14 semaines par les antibiotiques, le

malade a reçu :

Strepto	42 gr.
---------	--------

P.A.S	1260 gr.
-------	----------

I.N.H.	21 gr.
--------	--------

Après un séjour de 6 mois, à la sortie :

Aspect radiologique pratiquement normal.

Ganglions toujours opacifiés par le lipiodol.

Bacilloscopies négatives.

V.S. à 2. Poids stable.

V.LAB....Alphonse Obs. n°22.

21 ans.

Notion de virage de cuti. Allergie ++.

Début par bronchite hémoptoïque et laryngite.

A la radio, à droite, : Plage de nodules du lobe supérieur droit, et plage d'images trabéculaires à projection para-cardiaque de la base. A gauche: gros hilo, sommet suspect d'ulcération sur le cliché de profil.

En bronchoscopie: aspect en cupule de fistule ganglionnaire sur le plancher de la bronche souche gauche.

Toux et expectoration micro-purulente.

Bacilloscopies négatives.

Il n'y avait pas eu de recherche de signes de dissémination.

Le lipiodol est arrêté à l'origine de l'infra-cardiaque et de la postéro-inférieure sur le cliché en O.A.V.

Après 10 semaines de traitement le malade a reçu : Strepto 30 gr.

P.A.S 900gr.

I.N.H. 15gr.

Après un séjour de 9 mois, à la sortie :

Bacilloscopies toujours négatives.

Image thoracique pratiquement normale.

V.S, descendue de 18 à 14.

Gain pondéral de 6 Kg.

JOV.....Rpger Obs. n°23.

22 ans.

Notion de virage de cuti. Allergie+++ , cuti phlycténulaire.

Antécédents banaux.

Début aigu fébrile avec toux et expectoration muco-purulente.

A la radio: très importante hyperplasie hilare droite, avec infiltration étendue sus-diaphragmatique. Image claire para-hilaire gauche.

Les tomos confirment le très gros hile droit. Sur le profil, atteinte du lobe moyen et du segment antérieur du lobe supérieur droit.

En bronchoscopie: On note un rétrécissement par bombement de l'orifice du rameau apical de la lobaire supérieure droite et une saillie sur la face interne de la Nelson.

Bacilloscopies positives.

Il n'y avait pas eu de recherche de signes de dissémination.

Le malade a reçu un traitement de 13 semaines par les antibiotiques pour compléter celui déjà entrepris.

Au total: Strepto 60 gr.

 F.A.S. 1800 gr.

 I.N.H. 30 gr.

Amélioration très importante; mais persistance à droite d'un gros champignon hilare avec image scissurale.

Le lipiodol montre une trachée déformée et déviée à droite.

Aspect bronchoscopique déjà nettement amélioré.

Après 6 mois de séjour:

Bacilloscopies négatives.

Nettoyage rédiologique pratiquement total.

V.S. passée de 40 à 5.

Gain pondéral de 1 Kg.

LOZ.....Pierre Obs. n°15.

21 ans.

Notion de virage de cuti.

Antécédents banaux.

Début symptomatique par douleurs, température.

A la radio:épaississement de toute la plèvre et de la petite
scissure avec ascension diaphragmatique. Gros hile se continuant
par une opacité à projection para-cardiaque. Dans la région sous-
claviculaire externe petite condensation floue hétérogène.

Côté gauche normal.

Tomos et profil localisent l'atteinte au lobe moyen et montrent
en outre, de façon nette des ganglions inter-bronchiques droits.

Bacilloscopies positives.

Aspect de bronchite diffuse à droite avec rétrécissement de la
Nelson et hypo-ventilation.

Il n'y avait pas eu de recherche de signes de dissémination.

Devant l'évolution spontanément favorable: cure simple, aérosols
P.A.S + privityne.

Gain pondéral très net, mais 6 mois après le début: petite pleu-
résie séro-hématique de la base droite sans B.K.

Le malade reçoit alors : Strepto 60 gr.

 P.A.S. 1000 gr.

 I.N.H. 30 gr.

Après un séjour de 10 mois au sanatorium,

Amélioration radiologique très importante. Il persiste quelques
séquelles pleurales discrètes.

Un lipiodol ne montre pas de séquelles bronchiques.

Bacilloscopies négatives.

V.S. normale.

Poids stable.

Nous n'avons rencontré qu'une caverne de chancre de la base gauche. Par contre les ulcérations ne manquent pas au sein de lésions pulmoniques ou broncho-pneumoniques. Découvertes, le plus souvent en même temps que les autres signes d'atteinte parenchymateuse, elles sont aussi apparues dans les semaines suivant le dépistage et ceci même sous traitement par les antibiotiques.

- Les manifestations PLEURALES.

Ainsi que nous l'avons déjà signalé, si les manifestations pleurales ont été la première traduction de la primo-infection, bien souvent elles ont évolué à bas bruit et ont regressé en ne laissant que des séquelles radiologiques.

Mais dans la pleurésie a évolué rapidement vers le pyothorax avec rétraction costale importante et nous avons reçu ce malade au sanatorium en provenance d'un service chirurgie thoracique où il avait subi une pneumonectomie.

Sa complication pleurale lui avait coûté un poumon.

- Les manifestations de DISSEMINATION.

En dépouillant les observations, nous avons eu le regret de constater l'absence fréquente de la recherche de signes de dissémination, lors du dépistage.

Les examens pratiqués après l'admission au sanatorium nous ont cependant appris que :

- L.C.R.

Sur 5 examens du liquide céphalo-rachidien, un seul a révélé une réaction cytologique: 13 éléments mais pas de B.K.

- F.O.

Sur 7 examens du fond d'oeil, 2 ne montraient aucune anomalie. Les autres révélaient; tantôt des tubercules choroidiens unis ou bilatéraux, tantôt un oedème de la macula.

Il est évidemment impossible devant la pauvreté de ces examens d'en tirer conclusion.

- Les manifestations URINAIRES.

Si les examens courants des urines n'ont décelé d'atteinte de l'arbre urinaire, par contre une hématurie avec crise douloureuse a attiré notre attention vers le rein d'un de nos malades qui était arrivé au sanatorium avec une miliaire.

L'urographie intra-veineuse nous apprenait qu'au niveau du rein droit il existait une dilatation, en ampoule du calice supérieur, du calice inférieur et du bassinot.

ROL.....Charles Obs. n°34.

18 ans .

Pas de notion de virage de cuti.

Antécédents banaux.

Début fonctionnel et fébrile.

A la radio: foyer rond excavé du fowler gauche.

Sur les tomos: des hiles, pas de ganglions nettement individualisés.

Arbre bronchique normal.

Bacilloscopies positives.

Il n'y avait pas eu de recherche de signes de dissémination.

Tentative infructueuse de P.N.O.

Le malade reçoit : Strepto 60 gr.

 P.A.S. 1800 gr.

 I.N.H. 30 gr.

Traitement médical sans effet.

ENUCLEATION + GANGLIONECTOMIE.

C.R.O.p: à la partie postérieure de la scissure, ouverture d'un gros ganglion caséux dont on poursuit la cavité jusque sur une bronche de

division de l'apicale du lobe inférieur. Nettoyage, curetage. Résection isolée du nodule de la primo-infection.

Histologiquement : la lésion se présente comme un nodule caséux compact, au contact duquel sont visibles des formations analogues de taille plus réduite. Le parenchyme est largement aplasié et remplacé par un tissu de sclérose ; au delà demeurent des alvéoles bronchiques sur un versant, sur l'autre une plèvre épaissie parcourue de nombreux capillaires englobant une réaction lymphoplasmo-cytaire adventicielle à leur contact.

Départ prématuré du malade, deux mois après l'intervention.

Bacilloscopies négatives.

Image thoracique normale.

Chute pondérale de 6 Kg.

JASL ... Mon Obs. n°7.

18 ans.

Notion de virage de cuti.

Antécédents banaux.

On découvre après régression de la pleurésie, qui laisse un cul-de-sac gauche comblé, une plage d'images réticulo-nodulaires de la base gauche, et une hyperplasie du hile gauche.

A ce niveau, les tomos montrent à 11cm., des ombres nettes de ganglion inter-bronchiques.

Bacilloscopies positives.

Lésions inflammatoires diffuses de l'arbre bronchique gauche, surtout au niveau de la lobaire supérieure dont le rameau apical présente une sténose en cul de poule.

Volumineux tubercule choroidien de l'oeil droit avec oedème de la macula.

Après trois mois de traitement par: aérosols d'I.N.H. + privine , le malade a reçu: 25 gr. d'I.N.H.

Tubercule cicatrisé, aspect bronchique normal .

Après 10 mois de séjour, à la sortie :

Bacilloscopies négatives.

Image thoracique normale en dehors des sequelles pleurales.

V.S. normale.

Chute pondérale de 4 Kg.

FAL.....Jules

Obs. n°6.

17 ans.

Conjonctivite d'origine X, trois mois avant le dépistage.

Reçoit le B.C.G.S. deux mois avant le dépistage. On assiste au virage de la cuti-réaction. Allergie ++.

La radio découvre: une accentuation généralisée de la trame, un aspect micro-nodulaire, en imposant presque pour des images granulites.

Le sinus cardio-phrénique est comblé par un foyer d'allure nettement congestive. Hyperplasie du hile gauche confirmée par les tomos à ce niveau.

Bacilloscopies positives.

Bronchite diffuse et rétrécissement de l'orifice de la lobaire supérieure gauche.

Tubercules corôidiens des deux côtés. L.C.R. normal.

Après trois mois de traitement, le malade a reçu: Strepto 36 gr.
P.A.S. 1080 gr.
I.N.H. 25 gr.

Après 9 mois de séjour, à la sortie :

Bacilloscopies négatives.

Nettoyage radiologique important; simple hyperplasie hilaire.

Arbre bronchique normal.

Tubercule coracodien non encore pigmenté.

V.S. normale.

Poids stable.

ANTH....André Obs. n°33.

23 ans.

Notions de virage de cuti.

Antécédents: para-typhoïde.

Début symptomatique progressif, avec toux, température, amaigrissement.

A la radio: miliaire occupant d'abord les deux bases et surchargée à gauche d'une vaste infiltration nuageuse hétérogène et d'un hile très volumineux. A ce moment la cuti est faiblement positive. Par la suite, la miliaire gagne complètement les deux plages pulmonaires, et il apparaît à droite une zone plus dense axillaire.

Les tomos confirment une volumineuse masse dense ganglionnaire, à gauche. A ce moment pas de signes de dissémination.

En bronchoscopie: Orifice de fistule ganglionnaire sur la lobaire supérieure gauche.

On entreprend un traitement par les antibiotiques, qui amorce un nettoyage des éléments miliaires. Les bases commencent à se nettoyer. On associe les aérosols.

Le malade a reçu au total :	Strepto	110 gr.
	P.A.S.	1905 gr.
	I.N.H.	62 gr.

12 mois après le début :

Image thoracique normale.

- Bacilloscopies négatives.

Mais apparition de coliques néphrétiques avec hématurie.

L'urographie intra-veineuse révèle alors:

Une dilatation en ampoule du calice supérieur du rein droit, très suspecte de tuberculose, le même aspect au niveau du calice inférieur et du bassinet.

Pour le rein on reprend les antibiotiques.

Après 9 mois de séjour, à la sortie :

Aspect physique satisfaisant.

V.S. descendue de 30 à 4.

Gain pondéral de 7 Kg.

L'état du rein incite à des réserves pour l'avenir.

FORMES CLINIQUES.

Nous venons de passer en revue les manifestations cliniques des 50 observations de primo-infections certaines que nous avons pu isoler d'un ensemble de 519 malades entrés au sanatorium pendant le même laps de temps. Ceci nous permet maintenant de les classer en :

- Primo-infections sans gravité particulière (12 cas) qui se sont traduites par des lésions pulmonaires limitées, troubles de la ventilation, images d'opituberculose. Elles ont pu parfois présenter une réaction bronchique très fugace que l'on ne peut considérer comme une complication. Elles ont guéri dans des délais normaux.
- Primo-infections compliquées malignes (16 cas).

Nous retrouvons ici, associées, des lésions ganglionnaires et parenchymateuse avec participation bronchique. Le début le plus souvent symptomatique, a été plus ou moins bruyant.

Le tableau réalisé était celui ou d'une pneumonie, ou d'une broncho-pneumonie, ou d'une miliaire hémotogène parfois mais bronchogène surtout.

Nous plaçons dans ce groupe 2 formes bulleuses réalisant un aspect poly-excavé et associées à des malformations bronchiques. Les lésions sont donc importantes, étendues. L'adénopathie s'ouvre fréquemment une voie dans les bronches et les bacilles ont été disséminés dans les territoires différents. L'état est franchement touché.

-Tuberculose d'une seule tumeur. (22 cas).

Au cycle plus ou moins pincé, avec atteinte ganglionnaire pleurale et pulmonaire, forment le troisième groupe.

Le tableau clinique s'apparente à celui des formes compliquées graves mais ce qui frappe c'est la rapidité avec laquelle le malade passe de la primo-infection aux manifestations de la phthisie. Nous avons donc au total 76% de formes sévères.

LE TRAITEMENT MEDICAL.

Quelle attitude adopter face à ces différentes formes de primo-infection ?

LA CURE DE REPOS est appliquée à tous les malades qui arrivent au sanatorium. C'est au début de leur séjour, un repos immédiat, total, alité, pendant la période où nous faisons le bilan d'entrée et pour adapter les sujets à l'altitude.

Par la suite, selon la gravité des lésions, le malade est maintenu alité ou autorisé à se lever.

S'il n'est pas toujours permis de réaliser le "bed rest" intégral comme le conçoivent les anglo-saxons, les méthodes sanatoriales dans nos pays dispensent un repos assez bien

dosé. Après le repas de midi, pendant deux heures, la cure de silence complet est imposée strictement à tous les malades. Au cours des deux autres cures de la journée, une certaine activité manuelle ou intellectuelle est permise.

LES ANTIBIOTIQUES, toujours associés à la cure de repos, tiennent une place importante puisque 96% des malades les ont reçus, aux doses moyennes suivantes :

P.A.S 1500 à 1800 grammes, en partie en perfusions intra-veineuses, 3 fois par semaine, en partie par la bouche à jours passés.

STREPTOMYCINE 60 grammes à raison de 1 gr. par flacon de P.A.S. soit 3 gr. par semaine.

I.N.H. 30 grammes par ampoule de 250 mg. dans les flacons de P.A.S. et en comprimés les autres jours aux doses variant de 250 à 400mg.

Lorsque la gravité de la situation l'a exigé, le cocktail intra-veineux des trois antibiotiques a été administré quotidiennement et cela pendant un mois et plus si nécessaire.

Associations : Dans 6 cas la cure par les antibiotiques a été renforcée par un PNEUMO-PERITONE surtout dans les formes bilatérales ulcérées. Dans 4 cas nous avons recouru au PNEUMOTHORAX lorsqu'il s'est révélé possible.

12 malades par ailleurs ont été traités par des AEROSOLS d'antibiotiques selon la technique de DUMON (de 30 à 100 séances).

Nous faisons le point en règle à la fin de 20 semaines de ce traitement par les antibiotiques associés ou non à un collapsus gazeux.

Ce chiffre de 20 semaines se justifie par le fait que les malades à leur entrée au sanatorium s'engagent à respecter un séjour minimum de

6 mois. Nous faisons donc un bilan 1 mois avant leur sortie possible. Ou bien la guérison est obtenue et nous libérons le malade ou bien grosse amélioration est obtenue et ceci nous incite à reprendre les antibiotiques pour une durée qui est fonction des résultats ultérieurs afin de parfaire l'amélioration déjà acquise.

Devant les échecs nous tournons vers d'autres thérapeutiques plus radicales.

Sequelles.

Mais guérisons ou améliorations n'ont pas toujours été sans sequelles. Elles vont du simple hile élargi aux dilatactions bronchiques avec rétraction segmentaire, en passant par le fibro-lobe, les culs de sacs émoussés, les volumineux ganglions calcifiés et les petits nodules denses, persistants mais de bon aloi.

	Cas traités	guérisons	amélioration + nette	Ss. changement	aggravés.	décès.
Tt.Médical	50	32	6	II	I	0
Tt.Chirurgical	6	4	2	0	0	0

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Quatre malades qui avaient été soumis sans succès au traitement médical ont été confiés au chirurgien.

C'est ainsi qu'il a pratiqué :

- un pneumothorax extra-pleural
- trois lobectomies
- une énucléation de chancre ulcéré avec ablation du ganglion satellite
- enfin le dernier malade pour arriver au total de 50, est ce sujet qui nous était parvenu après pneumonectomie porteur d'un pythorax avec plusieurs fistules du moignon bronchique. Cette histoire s'est terminée par une mutilante thoracoplastie de 9 côtes après révision de la cavité pneumonectomique.

Renseignements ANATOMO-PATHOLOGIQUES.

Ils nous apprennent que les lésions histologiques retrouvées sur les différentes pièces d'exérèse sont des foyers caséux avec coques de fibrose ou bien des remaniements bronchiques avec destruction de l'architecture, formant le substratum de dilatations des bronches.

On note encore des épaissements pleuraux et des semis de nombreux petits follicules tuberculeux.

Ces lésions qui persistaient après traitement médical avec leur potentiel évolutif justifient semble-t-il les interventions.

GUE....Joseph Obs. n°28.

20 ans.

Notions de virage de cuti. ALLergie +++.

Antécédents banaux.

Début symptomatique par bronchite et douleurs pleurales.

A la radio: Opacité débordant largement le hile gauche, et paraissant postérieure avec accrochage diaphragmatique.

Bacilloscopies positives.

A la bronchoscopie: secrétions et hypo-ventilation au niveau de la Nelson. Malade traité par cure simple les bacilloscopies étant devenues négatives.

Mais 2 mois plus tard, réapparition de B.K., extension des lésions dans la région sous-claviculaire externe, avec caverne à ce niveau, ainsi que dans le fowler.

Infructueuse tentative de P.N.O. gauche.

A ce moment le malade a reçu : Strepto 63 gr.

P.A.S. 2600 gr.

I.N.H. 45. gr.

Eclipse temporaire des cavités, persistance des bacilloscopies positives. Après une nouvelle préparation par les antibiotiques I.V., nette amélioration et création d'un P.N.O. extra-pleural gauche, qui 1 mois plus tard présente une poussée fugace de liquide dans B.K. Nouvelle série d'antibiotiques.

Après 16 mois de séjour :

Etat satisfaisant.

V.S. stabilisée à 5.

Bacilloscopies négatives.

Chute pondérale de 7 Kg.

Sous collapsus sec, efficace, lésions ramassées et denses.

LED.....Yvon

Obs.n°47.

24 ans.

Notion de virage de cuti.

Antécédents banaux.

Découverte de dépistage systématique.

A la radio: on découvre des opacités nodulaires et macro-nodulaires intéressant les segments apico-postérieur du lobe supérieur droit.

Pas de cavité en tomos.

A la bronchoscopie: Petit orifice propre, inter-bronchique gauche de perforation ganglionnaire.

Bacilloscopies négatives.

Il n'y avait pas eu de recherche de signes de dissémination.

Le malade a reçu : Strepto 60 gr.

P.A.S. 1800 gr.

I.N.H. 30 gr.

Traitement sans effet sur ces lésions.

On pratique une LOBECTOMIE SUPERIEURE DROITE.

B.F. au sein des lésions.

Après 12 mois de séjour, guérison totale.

V.S. à 3.

G.A. post.él de I.Tg.

CHU...., Stanislas Obs. n°29.

22 ans.

Notion de virage de cuti.

Antécédents banaux.

Début par pleuro-pneumonie de la base droite.

A la radio: sous les reliquats pleuraux; opacité réticulo-nodulaire de la base droite, attraction pleuro-péricardique.

En tomos: Ombre ganglionnaire accolée à la lobaire inférieure droite.

Bacilloscopies positives.

Le traitement qui comprenait, au début, antibiotiques et P.P., voit ce dernier supprimé, car on note à la bronchoscopie :

une absence de ventilation des bronches, après plusieurs mois d'aérosols, persistance d'une bronchite diffuse, la ventilation est légèrement améliorée. Les bacilloscopies étant devenues enfin négatives, le

lipiodol montre des bronchectasies du lobe inférieur droit.

LOBECTOMIE INFÉRIEURE DROITE, de suites compliquées.

A près 18 mois de séjour :

Bacilloscopes négatives.

Guérison clinique.

Aspect satisfaisant, mais déformation de la coupole droite.

V. 3, à 3.

Gain pondéral de 2 Kg.

Actuellement en post-cure.

Histologiquement, l'examen de la pièce a montré :

Un remaniement pariétal bronchique pouvant constituer le substratum de dilatations; participation bronchique majeure à l'inflammation tuberculeuse qui se retrouve, par ailleurs, en de nombreux points, au sein des lobules.

LEC.....Roland

Obs. n°45.

20 yrs.

Notion de virage de cuti.

Antécédents banaux,

Début aigu fébrile.

A la radio: Adénopathies hilaires surtout importantes à droite, où elles s'accompagnent d'un gros infiltrat ovalaire à limites floues de la partie moyenne du champ, et de nodules de la base.

Excavation sur tomos.

Arbre bronchique normal.

Bacilloscopies alternativement, positives et négatives.

Le malade a reçu : Strepto 42 gr.

P.O.S. 1200 gr.

I. N. H. 21 gr.

Traitement sans effet d'où :

LOBECTOMIE INFÉRIEURE DROITE, pour des lésions siégeant dans la pyramide basale, et le sommet du fowler.

Après 13 mois de séjour:

Bacilloscopies négatives.

V.S. à 3.

Gain pondéral de 4 Kg.

Guérison clinique.

Histologiquement, l'examen de la pièce a montré :

Volumineux foyer rond fibro-caséux, avec formation micro-nodulaire disséminés dans le territoire de l'infra-cardiaque.

KC2....Alexandre Obs. n°30.

22 ans.

Notion de virage de duti.

Antécédents banaux.

Début suraigu fébrile, à forme broncho-pneumonique droite avec essaimage contrô-latéral.

Bacilloscopies positives.

Dans les jours suivants, le tableau est complété par:

Un pleurésie de la grande cavité, à droite.

Un erythème noueux des membres.

Une conjonctivite phlycténulaire.

Des arthralgies généralisées.

Le liquide pleural devient purulent, et l'on assiste à une très importante rétraction thoracique, pour laquelle, on fait:

UNE PLEURO-PNEUMONECTOMIE,

2 mois après, le malade nous parvient, au sanatorium, ayant fait une vomique, et porteur d'un ensemencement de tout le côté gauche. Dans

l'hémythorax droit; image hydro-aérique.

Liquide purulent surinfecté.

Traitement par: un cocktail d'antibiotiques intra-veineux, et aspiration par sonde demeure.

A la bronchoscopie: On découvre trois fistules sur le moignon bronchique droit; on fait alors :

UNE THORACOPLASTIE TOTALE DE 9 COTES avec, REVISION DE LA CAVITE DE PNEUMONECTOMIE ET DU MOIGNON.

Progressivement, la poche disparaît.

Nettoyage quasi-total, à gauche.

Bacilloscopies négatives.

Sortie après une excellente reprise de l'état général.

LES RESULTATS.

MEDICAUX.

Pour juger de l'efficacité de nos traitements, nous avons classé les résultats de la façon suivante :

Très bonne amélioration, bonne, assez bonne et échec.

Trois observations n'ont pas été classées dans cette statistique les traitements étant incomplets.

Nous constatons alors que des résultats appréciables apparaissent, quelle que soit la qualité finale de l'amélioration, entre le quatrième et le cinquième mois en moyenne du traitement médical.

Un seul de nos malades a été traité par la cure de repos sans autre association thérapeutique. Après 8 mois de ce régime l'amélioration a été très satisfaisante et le sujet est sorti de notre établissement avec une image thoracique pratiquement normale.

natorium 60 gr. de streptomycine et 50 gr. de I.N.H.

Après un séjour moyen de 9 mois à la sortie des malades nous avons noté.

- 12 images thoraciques que nous pouvons considérer comme normales.
- 21 comme très satisfaisantes, si ce n'est quelques images cicatricielles sans aucun caractère péjoratif.
- 2 appelant des réserves par suite de la persistance d'images susceptibles d'évoluer dans un avenir plus ou moins lointain.
- 5 écartant l'idée de guérison.
- 5 présentant un aspect satisfaisant sous collapsus à entretenir.
- 5 enfin, pour lesquels nous n'avons pu tirer de conclusion les malades étant sortis prématurément.

Quant aux résultats CHIRURGICAUX, ils sont très satisfaisants puisque tous les malades opérés sont sortis cliniquement guéris.

PREVENTION.

Nous avons déjà dit que parmi nos malades deux avaient été vaccinés par le B.C.G. en scarifications. Il ne semble pas d'après les renseignements que nous possédons, que leurs cuti-réactions aient été transitoirement positives. Nous ne savons pas s'ils ont été soumis aux contrôles répétés que nécessite cette technique.

Ceci ne diminue en rien la valeur de cette vaccination et la prévention par le B.C.G. reste sans nul doute la meilleure prophylaxie; et ceci à la lumière de l'expérimentation poursuivie depuis plusieurs années.

Voici quelques expériences récentes, caractéristiques rapportées par ROLLIN :

Celle de HEIMPECK est particulièrement évocatrice. Sur 457 élèves infirmières de l'école d'ULLEVAL, il trouve à l'entrée 216 cuti-réactions positives et 241 cuti-réactions négatives. Les 216 allergiques donnent 2 cas de tuberculose. A l'opposé toutes les 241 énergiques virent en trois ans leurs cuti-réactions devenir positives et 55 d'entre elles soit 23% dirent de la tuberculose pulmonaire. Des faits identiques ont été observés par CHRISTENSEN (Uppsala), RIST, COUGOUX, ALIBERT, WEIL-HALLE, TROISIER et NICO chez 176 étudiants en médecine vaccinés sans aucun isolement et rendus allergiques ont observé 13 cas de manifestations tuberculeuses (soit 7,4%) avec un décès. Les formes cliniques rencontrées sont:

- des manifestations primo-secondaires apparues dans l'année qui a suivi la vaccination : 6 pleurésie,

 - I adénopathie trachéo-bronchique

- des manifestations tertiaires apparues 14 à 51 mois après la vaccination :

 - 3 infiltrats régressifs

 - 3 infiltrats, bacillifères, et nécessitant le pneumothorax.

Nous pourrions citer encore d'autres études statistiques faites sur des collectivités, Il ressort, que la vaccination par le B.C.G. entraîne une nette diminution des tuberculoses évolutives chez les vaccinés par rapport aux autres.

Les différents auteurs sont d'accord pour reconnaître que la prophylaxie par le B.C.G. est la meilleure arme contre les formes de primo-infection phthisiogènes.

Que penser alors de la vaccination B.C.G. ITERATIVE ?

Suivons un peu FOURESTIER dans ses conclusions sur ce sujet.

Nous le citons : "Quand on réfléchit au pouvoir protecteur d'une seule primo-vaccination B.C.G., vis à vis des accidents de la tuberculose initiale, un seul phénomène biologique est concevable : l'immunité, conséquence de l'occupation de l'organisme humain encore vierge par un mycobactérium tuberculosis non pathogène et le sujet devient ainsi "tout autre" c'est à dire : immuno-allergique.

Cette unique barrière vaccinale d'une solidité extrême puisque des accidents aussi graves que la méningite tuberculeuse ou la granulie ne se voient plus chez les enfants correctement vaccinés ".

Ainsi nous pouvons nous demander: si le B.C.G. immunise contre la primo-infection tuberculeuse, pourquoi n'aurait-il pas cette même puissance biologique vis à vis des accidents dits de réinfection ?

Ainsi donc nos malades sortis cliniquement guéris médicalement ou chirurgiquement verraient alors leur guérison consolidée par des prises orales de B.C.G. qui les immuniseraient contre les accidents de réinfection comme le pense GERNEZ-RIEUX que nous citerons :

"Il est donc possible que l'administration du B.C.G. (doses massives, voie orale) à des tuberculeux récemment stabilisés ou aux malades qui ont subi un exérèse pulmonaire, soit susceptible de stimuler les processus immunitaires de défense et par là de consolider la guérison."

Seul un délai d'observation suffisant permettra de reconnaître l'efficacité de ce mode d'immunisation.

JOSE SILVEIRA , STELA MEDFIROS (Bahia, Brésil) citent plusieurs observations de jeunes enfants chez lesquels le B.C.G. a été administré selon la méthode de DE ASSIS en pleine primo-infection. Ils évoluent vers la guérison mais deviennent anallergiques par effet désensibilisateur des doses répétées.

Ne dirons nous pas alors comme ET.BERBARD :

" Nous allons vers une interprétation des tests tuberculiniques de plus en plus difficile. Devant ce sujet à réactions négatives et ayant été vacciné, doit-on considérer qu'il s'agit d'une allergie perdue ou d'une énergie d'immunité acquise ?".

CONCLUSIONS:

- 1° - Plus qu'on ne le croit, il existe des formes de primo-infections graves chez l'adulte jeune. Elles représentent 76% des primo-infections que nous recevons en milieu sanatorial.
- 2° - Ces formes sont souvent observées dans le milieu militaire. Ces sujets sont pour la plupart recrutés dans le milieu rural et peuvent être considérés comme de véritables transpalantés.
L'éventail des âges s'étend de 16 à 24 ans.
- 3° - Sur 519 malades qui ont été dirigés sur le sanatorium en un an, nous avons pu isoler 50 primo-infections certaines soit environ 10% du mouvement des malades.
Dans 84% des cas, nous avons la notion de virage de la cuti-réaction.
- 4° - Ces formes sanatoriales ont été caractérisées par :
 - 68% de débuts symptomatiques.
 - 32% de découvertes d'examen systématiques de dépistage.
 - Elles se décomposent en:
 - 7 formes pulmonaires sans adénopathie certaine (14%).
 - 30 formes ganglio-pulmonaires (60%).
 - 13 formes ganglio-pleuro-pulmonaires (26%).
 - Sur cet ensemble nous isolons 44% de formes phtisiogènes.
 - Elles peuvent être toutes considérées comme des primo-infections sérieuses.
- 5° - 6 sujets ont eu des bacilloscopies constamment négatives. Tous les autres ont eu leur tuberculose confirmée bactériologiquement. Les atteintes graves ne se traduisent pas toujours par des bacilloscopies riches en germes.
- 6° - 10% seulement des malades font une évolution simple vers la guérison.

7° - 90% présentent des complications, sous les aspects suivants diversement associés.

- 86% des primo-infections ont présenté des complications bronchiques et 30% s'accompagnaient de fistules.
- 26% de manifestations pleurales.
- 42% de cavernes dont une primaire.
- enfin 2% d'atteinte rénale.

Ces complications donnent tout leur caractère de gravité à ces formes sévères et justifient déjà le placement des malades en milieu sanatorial.

8° - Le traitement est avant tout médical (88%).

a/ les malades sont traités par :

- cure de repos simple 4%.
- cure de repos et antibiotiques, 48%.
- même traitement mais avec aérosols d'antibiotiques, 26%.
- cure avec antibiotiques et collapsus, 22%.

b/ le traitement chirurgical après échec des moyens médicaux est appliqué dans 12% des cas.

9° - Le séjour moyen est de 9 mois avec pour valeurs extrêmes 2 et 18 mois.

10°- Ces longs traitements médicaux et chirurgicaux trouvent de toute évidence un cadre tout indiqué dans les sanatoriums.

11°- Les résultats obtenus justifient encore ce point de vue.

La thérapeutique médicale nous a donné pour 50 sujets traités :

- 32 guérisons.
- 6 améliorations nettes.
- 11 formes inchangées.
- 1 aggravation.
- 0 décès.

12° - La confrontation de l'examen anatomo-pathologique des pièces d'excèses avec les données cliniques nous a appris en outre que les rares indications opératoires au cours d'une primo-infection étaient justifiées.

BIBLIOGRAPHIE

- E. BERNARD : La notion d'âge phthisiologique. Sa réalité. Ses conséquences pratiques.
(Rev. de la tuberc. n° 3-4 , 1947 .)
- E. BERNARD et J. WEILL : Raccourcissement du délai moyen entre l'âge de la primo-infection et l'âge moyen d'apparition de la tuberculose maladie.
(Presse med. 30 , IV , 1948)
- E. BERNARD , KREIS , MICHAUT :
Contribution à l'étude des tuberculoses graves ; les évolutions d'une seule tenue.
(Rev. Tuber. mars 1938)
- BETZ . W :
La tuberculose primitive tardive et son importance actuelle dans l'histoire de la tuberculose.
(Med. klin. 21 mars 1952)
- BOUCHER H.:/
Bronchites segmentaires et primo-infection tuberculeuse chez l'adulte.
(J. franç. med. et chir. thor. 1949 , N° 5)
- BOUCHER H. :
Primo-infection tuberculeuse dans l'armée et endoscopie bronchique à propos de 100 observations recueillies dans l'armée.
(Rev. tuber. 1951 n° 7-8)
- BRUN J. , PLAUCHU M. :
La primo-infection tuberculeuse de l'adulte en milieu hospitalier et ses suites tardives.
(Rev. tuber. 1947 n° 5-6)
- BRUN J. , PLAUCHU M. :
La primo- infection tuberculeuse chez 116 élèves infirmières.
(Lyon med. 15 , 1947)
- CHAVES: Incipient pulmonary tuberculosis in persons over forty.
(Amer. rev. of tuber. 5 ; 1949)
- CATHOMAS B. :
Erythème noueux et primo-infection tuberculeuse de l'adulte.
(Beitr. klin. tuber. 1943 n° 2-3)
- DANIELS M. :
Primo-infection tuberculeuse chez les infirmières : manifestations et pronostic. (Lancet 5 , VIII , 1944)

DJELIL H.: Les complications bronchiques tardives de la primo-infection tuberculeuse.

(Toulouse 1954 , thèse)

DEVAUX H.:

Sur la primo-infection pulmonaire tuberculeuse maligne de l'adulte.

(Thèse Paris 1940)

DUFOURT A.:

Les primo-infections tuberculeuses malignes de l'adulte.

(Presse med; 31 , VIII , 1946)

(J. med. de Lyon 20 , XII , 1948)

DUFOURT A , MOUNIER-KUHN .:

Les syndromes mineurs de perforation ganglionnaire au cours de la primo-infection tuberculeuse.

(Lyon med. 6 , 1948)

DUFOURT A. , MOUNIER-KUHN , FRAISSE et PAVIOT.:

Sur quelques observations de fistulisations endo-bronchiques de ganglions au cours de la primo-infection.

(J. med. de Lyon , 1947)

DUFOURT A. :

Les ombres pulmonaires d'origine ganglionnaire consécutives à la primo-infection chez l'enfant et chez l'adulte.

(J. med. Lyon 695 , 1948)

DUFOURT A., DESPIERRE G.:

Peut-on sans inconvénient vacciner au B.C.G. un sujet allergique ?

(Rev. tuber. 1951 , t. 15 , p. IIII)

DURCOUX A., JARNIOU A. , AZORIN D. :

Les formes graves de la primo-infection tuberculeuse du jeune adulte.

(Rev. tuber. n° 1-2 , 1954)

FERRABOUC , PRUN J.:

Erythème polymorphe avec kérato-conjonctivite phlycténulaire au cours d'une primo-infection tuberculeuse de l'adulte.

(Lyon med. 23 , VIII , 1942)

FOURESTIER , BLAQUE-BELAIR.:

La vaccination B.C.G. itérative chez les anergiques vrais, les sujets allergiques sains et les malades tuberculeux.

5 (Rev. tuber. 1954, p. 709)

FOURNIER G.:

100 cas de primo-infection tuberculeuse chez les étudiants en médecine et les élèves infirmières de l'université de Toulouse

(Thèse Toulouse Juin 1948)

GERNEZ RIEUX , BRETON , TACQUET :

Vaccination anti-tuberculeuse par voie digestive chez les sujets allergiques.

(Rev. de Tuber. 1954 p. 677)

GEMINI M.:

Tuberculose primaire chez des adultes dans un hôpital militaire pendant la période octobre 1941 décembre 1942.(

(Archi. di tisiologica. 2 n°6 1947)

GIÒBBI , LUZZATI et VAGO :

La fistolizzazione endobronchiale da adenopatie ilari nel corso della tubercolosi polmonare primaria;

(Archi. di tisiologica 5,1950)

IZZO R.A. , FERRADAS J.B. , MELFI J. :

Valeur des séquelles hématogènes de la primo-infection dans la tuberculose pulmonaire de l'adulte.

(Public. Antis. Investig. Tisiol. 1948 . 12 . n° 542)

JAHR :

Primary tuberculosis as revealed on investigations of sanatorium patients.

(Acta tuber. Scand. 3 . 1948 . 198)

KAYNE :

Discussion sur la tuberculose primaire chez l'adolescent et l'adulte.

(Proc. Royal Soc. Med. Mai 1942 . n° 7)

KOURILSKY R. BIDERMAN M. :

Etude critique de la primo-infection tuberculeuse.

(Bull. union med. Canada Dec. 1950 . n° 12;)

KOURILSKY R. BIDERMAN M. ESTEDGUI :

Etude critique de la conception du complexe primaire dans la primo-infection tuberculeuse.

(Rev. tuber. 1951 . n° 10 - 11)²

KOURILSKY R. BIDERMAN M. KOURILSKY S. :

Etude sur la primo-infection tuberculeuse (3^e mémoire) aspects tomo-graphiques de 5 observations de primo-infection tuberculeuse par contagé inhabituel. (Rev. tuber. 1952 . n° 1-2)

LAUGIER :

Un cas typique de primo-infection chez un jeune homme.

(Gaz. des hôpitaux 18^e, VIII , 1947)

LAUGIER :

La kérato-conjonctivite phlycténulaire , unique manifestation d'une tuberculose de primo-infection.

(Gaz. des hôpitaux 23 , II , 1952)

LEHMANN E. :

Contribution à l'étude clinique de la tuberculose incipiente de l'adulte.

(Deutsche med. wscrh. 30 , VI , 1949 , n°26)

LEVI VALENSE A. : FERRERO A. et LEZO R. :

Images bulleuses labiles pulmonaires au cours d'une primo-infection tuberculeuse de l'adulte.

(Algérie med. Mars 1950 , n° 3)

LEVRAUD :

Etude des rapports de la primo-infection tuberculeuse et du syndrome broncho-sténose , broncheectasies du lobe moyen.

(Thèse Montpellier Juin 1953)

MAURER :

Surgical significance of calcified parabronchial and paratracheal lymph-glands.

(J; thor. surg. I , 1952 , 97)

MAIER :

Transthoracic removal of calcified lymphnode causing hemoptysis by bronchial erosion.

(Am. rev. tuber. 2 , 1952 , 206)

MIADONNA :

La bronchite hemorragica in rapporto ad adenopatica ilari.

(Giorn. ital. tuber. 4 , 1951)

MANNES P. :

Apropos de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse de l'adulte

(Le poumon 3 , I , 1947)

MINETTO E. et PETTINATI S. :

Les condensations lobaires et segmentaires de la primo-infection tuberculeuse(lobe médian et lingula).

(Minerva med. 2 , V , 1954 , 45 , n° 35)

- MOSCA L.G. : Conception actuelle du mécanisme de la primo-infection tuberculeuse.
(Prousa med. argent. 23 , IV , 1954 , 41 , n° 17)
- PESCECCHI G. et DEMICHELEIS U. et RANDONE G. :
La primo-infection tuberculeuse chez l'adolescent et chez l'adulte.
(Minerva med. 17 , III , 1955 , 46 , n° 22)
- PHILIPPEON :
Primo-infection tuberculeuse et population rurale .
(Rev. tuber. 1950 , 14 , n° 12)
- PIECHAUD F. et MUSSAC P;
Courte histoire d'une primo-infection chez l'adulte.
(J. med. de Bordeaux XI , 1946 , 123)
- PRESS P. :
De la primo-infection tuberculeuse chez l'adulte et chez l'enfant.
(Thèse Lausanne 1944 , n° 14)
- PRUVOST P. , TREISSIER ET ORENAT P;
Images radiologiques trompeuses et primo-infection tuberculeuse de l'adulte
(; ; ; ; ; ; ;)
- PAILLAS :
Contribution à l'étude des formes évolutives de la primo-infection tuberculeuse tardive .
(Thèse Paris 1941)
- SISTI M.A. , FRUGIS G. , LUPIS M. :
Les processus de la chronicité et les processus phthisiogènes consécutifs à la primo-infection en rapport avec l'âge.
(Arch. tisiol. 1954 , n° 4)
- SILVEIRA J. MEDEIROS S. :
Vaccination B.C.G. prescrite pendant la primo-infection évolutive.
(Rev. tuber. 1954 , p. 731)
- RIST:
Le dépistage systématique de la tuberculose dans les groupes humains et la primo-infection de l'adulte.
(J. med. de Leysin mars 1939.)
- TROISIER , BARIETY M. , BROUET :
Primo-infection tuberculeuse maligne de l'adolescent.
(Soc. med; des hôpitaux de Paris , 4 , II , 1938)
Primo-infection tuberculeuse maligne de l'adulte jeune.
(Presse med. 3 XII 1941)
- TROISIER , BARIETY , GABRIEL :
Primo-infection tuberculeuse maligne de l'adulte.
(Soc. med. des hôpitaux de Paris 19 VI 1942)

Vu le Président de Thèse

signé: M. BARIET

Vu le Doyen

signé : L. BINET

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris,

signé : J. SARRAILH

